

¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?	Profesionales de servicios sanitarios (Asociaciones y profesionales)
Nombre completo (del particular o de la institución representada)	[CONFIDENCIAL]
¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?	Confidencial
1. Identifique y valore los factores que, a su juicio, son determinantes para los consumidores para elegir un seguro de asistencia sanitaria (precio, coberturas y copagos, especialidades médicas, instalaciones y centros sanitarios, cuadro médico, calidad del servicio, etc.) (máximo 500 palabras).	Lo fundamental es que el seguro de salud tenga las coberturas actualizadas, sean con copago o no. Siendo un papel fundamental que tengan el mejor pago posible a los proveedores de salud (medicos y clínicas), ya que la mala paga a los profesionales es lo mismo que una mala cobertura, ya que no se podrá establecer una correlación de inversion y seguridad al paciente. Si el proveedor de salud no esta bien pagado, no se pueden hacer inversiones con lo que el desarrollo de la medicina se ve mermado y la calidad disminuida de manera importante. El pago a los proveedores es sinónimo de calidad de servicio.

2. Valore la claridad y comparabilidad entre distintas ofertas de seguros de la información precontractual (alcance, duración, cuadro médico, etc.) contenida en las pólizas de seguro de asistencia sanitaria (máximo 500 palabras).

No estoy al tanto de lo que ofrecen las pólizas de seguro.

3. Valore la claridad y comparabilidad entre distintas ofertas de seguros de la información contractual (coste, alcance, duración, cuadro médico, cobertura de servicios sanitarios, etc.) contenida en las pólizas de seguro de asistencia sanitaria (máximo 500 palabras).

No estoy al tanto de lo que ofrecen las pólizas de seguro.

4. Valore el efecto que la comercialización cruzada (venta del seguro de asistencia sanitaria junto con otras pólizas de seguro u otros productos) del seguro de asistencia sanitaria con otros ramos de seguro tiene sobre la claridad y comparabilidad del coste efectivo y las condiciones de las pólizas de seguros sanitarios (máximo 500 palabras).	No estoy al tanto de lo que ofrecen las pólizas de seguro.
5. Valore si existen restricciones injustificadas o desproporcionadas en la normativa aplicable en cuanto a la contratación del seguro de asistencia sanitaria y, además, indique si a su juicio existen aspectos a mejorar en dicha normativa, en particular en lo que respecta a la protección del asegurado (máximo 500 palabras).	No estoy al tanto de lo que ofrecen las pólizas de seguro.

6. Valore la aplicación del rehúse (decisión que, en base a las normas de la póliza, adopta la compañía aseguradora, en virtud de la cual no acepta el pago de un siniestro) de siniestros o enfermedades por parte de las compañías de seguros (máximo 500 palabras).	Muchas veces deniegan la cobertura de una cirugía electiva, principalmente por periodos de carencia. Lo cual no me parece fuera de lugar. En otras causas un administrativo de la mutua decide que el paciente no puede recibir tratamiento y cree que puede refutar la valoración del médico solicitando informes que violan la confidencialidad medico paciente, eso sí que está fuera de lugar.
7. Valore el efecto sobre pólizas de asistencia sanitaria en vigor de la incorporación por parte de las compañías aseguradoras de nuevos tratamientos, técnicas o especialidades de práctica habitual, que no estuvieran disponibles en la fecha de firma de la póliza en cuestión (máximo 500 palabras).	Agregar tratamiento habituales nuevos y que los cubran las compañías de seguro es una tarea muy compleja. Claramente intentan retrasar lo mas que puedan la incorporación de nuevas tecnologías. Esto se solventaría sin problemas con la incorporación de un copago por esta tecnología.

8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).	
9. Valore el grado de competencia existente entre las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).	Como médico, no estoy al corriente del mercado de seguros sanitarios.

10. Valore si existen barreras de entrada (obstáculos desproporcionados o injustificados) en la regulación actual para aquellos operadores nuevos que quieran entrar en el mercado asegurador de asistencia sanitaria, y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).	Como médico, no estoy al corriente del mercado de seguros sanitarios.
11. Valore el coste, limitaciones y dificultad de cambiar de un seguro de asistencia sanitaria a otro seguro de otra compañía (máximo 500 palabras).	Como médico, no estoy al corriente del mercado de seguros sanitarios.

12. Valore si existen diferencias significativas entre las tarifas de los seguros de asistencia sanitaria de las distintas compañías aseguradoras. En caso de existir diferencias significativas, explique, a su juicio, a qué se podrían deber (máximo 500 palabras).	Como médico, no estoy al corriente del mercado de seguros sanitarios.
13. Valore si, a su juicio, existen diferencias significativas para los consumidores entre las condiciones del servicio (cobertura, instalaciones sanitarias, servicios sanitarios, etc.) ofrecidos por las distintas compañías aseguradoras en sus seguros de asistencia sanitaria (máximo 500 palabras).	Como médico, no estoy al corriente del mercado de seguros sanitarios.

14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).

15. Valore el grado de competencia existente entre los distintos centros de salud y grupos hospitalarios que prestan servicios de asistencia sanitaria a pacientes con un seguro de asistencia sanitaria en España, y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).

La competencia de los centros sanitarios actualmente es de complejidad media - baja. Volvemos al mismo tema, aunque a muchos les cueste entender, quien decide qué, cómo y cuando se hacen la cosas es y siempre será el médico, ya que es quien diagnostica, decide tipo de tratamiento a efectuarse y cuando se haga.

Mientras los seguros de salud impongan unos baremos indignos y que empeoran a medida que la complicacion de los procedimientos aumenta, como médicos, no tenemos ningun interes en realizar procedimeintos complejos en la sanidad privada, ya que simplemente nos hace perder tiempo y dinero.

16. Valore si existen barreras de entrada (obstáculos desproporcionados o injustificados) para aquellos operadores nuevos que quieran entrar en el mercado de provisión de servicios de asistencia sanitaria para pacientes asegurados a través de centros sanitarios y hospitales privados, y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).	Hoy en día la insercion de nuevos especialistas para la negociacion de ingreso a los cuadro médicos de la compañías aseguradoras no se puede. Solo se puede ingresar a los cuadros médicos a traves de los hospitales privados, que en su defecto por hacer este proceso (que igualmente como grupo de medicos no se puede en la practica), deciden quedarse con un porcentaje de facturacion que es minimo un 40% en los mejores casos, lo cual sigue entrando en un "trato" entre clinicas y mutuas en lo que sumados a la baja remuneracion de las mutuas, y el porcentaje de corte al medico, es que menos se lleva es el verdadero prestador de salud: el médico.
17. Indique y valore cuáles son, a su juicio, los factores más importantes para determinar la calidad de los servicios sanitarios, e indique y valore la información necesaria para evaluar dicha calidad. Justifique su respuesta (máximo 500 palabras).	Sin duda lo mas importante es la calidad asistencial que presente el profesional. El resto de tecnologia es una ayuda que requiere el profesional para hacer su trabajo, nada mas que eso.

18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).	
19. Valore si a su juicio las relaciones verticales entre compañías aseguradoras y centros de salud/grupos hospitalarios afectan al acceso al mercado de nuevos proveedores de servicios sanitarios (clínicas, hospitales, centro de salud, etc.). Razone su respuesta (máximo 500 palabras).	Hay casos como el FIATC y clinica diagonal (barcelona) y Sanitas y clinica CIMA (Barcelona) en que la integración vertical les ha impulsado a dar muy mala cobertura en otros centros. Es decir pagan mucho peor que otras mutuas en otros centros que no sean los suyos, con el objetivo que los procedimientos que se podrian hacer perfectamente en otros centros, sean derivado a sus centros de integración vertical para abaratar costes. Al pagar mal en otros centros, como medicos no haremos intervecines quirurgicas a precios ridiculos, con lo que enviamos a estos centros estos casos. Esto es un problema para los pacientes, que segun su seguro, muchas veces se ven obligados a ir solo a un centro, y no tienen libre eleccion de profesional. Lo cual genera un problema de libertad a los paciente.

20. Valore el efecto que tienen las relaciones verticales (integración vertical, contratos de exclusividad, etc.) entre compañías aseguradoras y centros de salud/grupos hospitalarios sobre el cliente final y la prestación de servicios de salud a través de seguros de asistencia sanitaria, respecto a cuestiones tales como la calidad, eficiencia, nivel de competencia, etc. Razone su respuesta (máximo 500 palabras).	Volviendo al tema anterior, esto afecta la calidad del servicio. Ya que si el paciente no puede irse a otro centro si la calidad asistencial del centro con integracion vertical no le gusta. Esta obligado a verse en ese centro y esta supeditado a aceptar cualquier calidad asistencial que eses centro ofrezca, sea buena o mala, lo cual suele nivelar el nivel para abajo. Volvemos a que teniendo la asistencia obligada, los especialistas sanitarios no tienen ningun incentivo para mejorar su calidad asistencial.
21. Describa y valore el funcionamiento de las negociaciones (tarifas, condiciones de prestación del servicio, etc.) entre profesionales sanitarios con las empresas aseguradoras o centros sanitarios/grupos hospitalarios (máximo 500 palabras).	En mi caso soy autonomo y factura a las mutuas a traves de la clinica, por suerte en el centro donde trabajo, no se toma ni se aceptan baremos abusivos de las mutuas sin consultar con el medico primero. Desgraciadamente tiene que negociar la clinica en mi nombre. La negociacion con las mutuas es tediosa y muy poco efectiva. Siempre intentan cada vez mas bajar los honorarios, lo que es peor aun, intentan hacer algunos arreglos con la clinica o centro, donde mejora la facturacion en lo que cobra la clinica, negociando los honorarios medico aun mas hacia la baja. Supongo que el objetivo es intentar eliminar la profesion libre del medico y querer transformarlo en un asalariado, cosa que es lo peor que se podria hacer para todo tipo de negocio y calidad asistencia. Tardan mucho en dar respuestas, no quieren negiciar y siempre el objetivo es eliminar al medico de la negociacion. Lo que afecta mucho el producto final. Lo bajos honorarios impiden que se puedan realziar inversiones en salud tanto con el medico o por la clinica.

22. Valore el efecto sobre el mercado y los consumidores que tienen las negociaciones entre profesionales sanitarios con las empresas aseguradoras o centros sanitarios/grupos hospitalarios sobre la provisión de servicios de asistencia sanitaria privados incluidos en los seguros de asistencia sanitaria. Justifique su respuesta (máximo 500 palabras).

Los baremos estan desactualizados, y hay muchas cosas que actualmente se usan con normalidad que no estan nisiqueira baremados. Esto afecta de forma negativa, ya que volvemos a que los precios congelados de hace 30 años no tienen nada que ver con el coste de la tecnologia actual, menos si hay un sello ISO9000 de por medio.

23. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).